DEPARTAMENTO DE SALUD

Por favor indique el Departamento de Salud Local o Sitio donde recogerá/recogería sus medicamentos:

INGRESOS

Ingresos Del Hogar: \$ _____ Anual Mensual Otro, especifique _____

Número de personas en su unidad familiar (incluyéndolo a usted): _____ **¿Está empleado actualmente?** Sí No

Por favor marque cualquier otro tipo de ingreso que usted actualmente recibe

Pensión alimenticia Manutención infantil Desempleo Jubilación/ Pensión Ingreso de Seguro Social/Ingreso por Discapacidad del Seguro Social Otro, especifique _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR MÉDICO

Nombre del médico que receta:

Nombre del consultorio médico del médico:

Dirección del médico

Ciudad del médico

Estado del médico

CP del médico

Teléfono del médico

Fax del médico

INFORMACIÓN DE SEGURO

¿Actualmente tiene algún tipo de seguro? Sí No No sé

En caso afirmativo, marque todos los tipos que tiene actualmente:

Seguro privado, Empleador Seguro privado, Individual Medicare A/B Medicare D

Servicios de Salud Indígena (IHS) Medicaid/CHIP/Otro plan público

VA/TRICARE /Otro plan militar Otro, especifique _____

Si tiene seguro, ¿proporciona cobertura de medicamentos recetados? Sí No No sé

¿Está solicitando o ha solicitado Medicaid? Sí No No sé

¿Está solicitando o ha solicitado Medicare? Sí No No sé

Si la respuesta es Sí ¿ha solicitado la Parte D de Medicare (cobertura de medicamentos)? Sí No No sé

Si la respuesta es Sí a la Parte D de Medicare, ¿ha solicitado el Subsidio de Bajo Ingreso (LIS)? Sí No No sé

¿Está solicitando o ha solicitado Ingreso de Seguro Social (SSI) o Ingreso por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)? Sí, para SSI Sí, para SSDI No No sé

CONSENTIMIENTO Y FIRMA

Entiendo que es mi responsabilidad proporcionar el estado médico y comprobante de ingresos cada seis meses. Además, entiendo que es mi responsabilidad notificar a VDH de cualquier cambio en mi información de contacto, ingreso o situación del seguro (si corresponde). El no proporcionar la documentación necesaria podría poner en peligro mi asistencia aprobada a través del Departamento de Salud de Virginia.

Entiendo que es información está siendo ingresada en una base de datos por el Departamento de Salud de Virginia. Autorizo a VDH a divulgar los expedientes necesarios para apoyar la solicitud de pago por Medicare, Medicaid u otros beneficios de atención de salud. Solicito a un tercero pagador que pague cualquier beneficio autorizado a VDH en mi nombre. Por medio del presente doy mi consentimiento a VDH para obtener, verificar y/o divulgar mi información demográfica, médica, de prescripción y/o cobertura de seguro, con otras entidades, según sea necesario para administrar efectivamente mi acceso a medicamentos. La información puede ser compartida con, pero sin limitarse a los siguientes: médico, personal del departamento de salud, otros programas de la División de Prevención de Enfermedades (incluyendo Vigilancia, Atención y Prevención), personal del centro de tratamiento, proveedor de servicios de farmacia, fuente de remisiones, clínica, corredor de seguros y/o compañía aseguradora. VDH acepta tratar toda información como confidencial.

Entiendo que este consentimiento permanecerá en vigor mientras mi dependiente o yo permanezcamos en VA MAP o hasta que yo lo retire.

He leído, entiendo y acepto las anteriormente mencionadas Responsabilidades del Cliente y Liberación de Consentimiento. Confirmando que la información proporcionada en esta solicitud es completa y precisa a mi leal saber y entender.

Firma del cliente, padre/madre/tutor legal o persona actuando en Loco Parentis

Fecha firmado

Relación (Si la firma no es del cliente)

Firma de la persona que obtiene el consentimiento

Fecha firmado

A fin de procesar su solicitud de manera oportuna es importante que la solicitud esté completa. Si su solicitud no está completa, no podremos procesar su solicitud y puede haber un retraso en la obtención de su medicamento.

FORMULARIO DE CERTIFICACIÓN MÉDICA

Favor completar y devolver a Virginia Department of Health, HCS Unit, 1st Floor, James Madison Building, 109 Governor Street, Richmond, VA 23219 o enviar por fax al 804-864-8050. Llame al 855-362-0658 si tiene preguntas.

INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL PROVEEDOR MÉDICO		
Fecha de llenado del formulario:		
Nombre del cliente:	Apellido del cliente:	Fecha nacimiento del cliente:
Persona llenando el formulario		
Número de teléfono de persona llenando el formulario		
Nombre del proveedor médico		
Nombre del consultorio médico		
Número de teléfono del proveedor		Número de fax del proveedor

INFORMACIÓN MÉDICA DEL CLIENTE			
Condición actual de enfermedad	☐ HIV positivo, no AIDS	☐ HIV positivo, condición de AIDS desconocida	☐ AIDS- definido por CDC
Conteo de CD4 actual	_____	Fecha de conteo de CD4 actual	___/___/___
Carga viral actual	_____	Fecha de carga viral actual	___/___/___
Fecha de última visita de atención médica del VIH ___/___/___			
<u>Listado de medicamentos recetados para este cliente (o adjuntar un listado de medicamentos). Requerido si solicita ICAP.</u>			
NOMBRE DEL MEDICAMENTO		DOSIS	

Certifico que estoy tratando por VIH al cliente nombrado anteriormente y que toda la información proporcionada en este formulario es correcta y completa a mi leal saber y entender.

Firma del Personal Autorizado

Fecha de firma

INFORMACIÓN DE COBERTURA DE SALUD (OPCIONAL)	
¿Ha usado productos de tabaco de algún tipo en los últimos 12 meses?	☐ Sí ☐ No
Si es sí, indique el tipo y cantidad del tabaco usado y la frecuencia.	